

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TRIESTE

DIPARTIMENTO DI SCIENZE DELLA VITA
Corso di Laurea in Scienze e Tecniche Psicologiche

Relazione Finale

**Il fenomeno di udire le voci:
dalla medicalizzazione alla valorizzazione**



Laureanda:
Pauline Meta Giacobazzi

Docente di riferimento:
prof. Tiziano Agostini

ANNO ACCADEMICO 2017–2018

Indice

| | |
|---|------------|
| Introduzione | iii |
| 1 Medicalizzazione della salute mentale | 1 |
| 1.1 Il modello diagnostico di psichiatria | 1 |
| 1.2 Le voci nel quadro della psichiatria diagnostica | 4 |
| 2 Restituzione della soggettività | 7 |
| 2.1 Il processo di <i>recovery</i> | 8 |
| 2.1.1 Il ruolo della persona nel processo di recovery | 9 |
| 2.1.2 Il ruolo delle relazioni sociali nel processo di recovery | 10 |
| 2.2 Le strategie di contrasto | 13 |
| 2.2.1 Focalizzazione | 13 |
| 2.2.2 Restituzione | 15 |
| 2.2.3 Sense-making | 17 |
| 2.2.4 Valorizzazione | 18 |
| Conclusioni | 23 |
| Ringraziamenti | 25 |
| Bibliografia | 27 |

Introduzione

Nel tentativo di favorire fin dal principio una prospettiva allargata del fenomeno di udire le voci, si vuole sottolineare come tale esperienza sia molto antica. Basti pensare alle antiche teocrazie mesopotamiche, egiziane ed ebraiche, fondate sull'autorità della voce divina, rilevata mediante profeti e sacerdoti, per comprendere come in alcuni periodi storici l'udire le voci fosse un fatto piuttosto comune e diffuso. Nella Grecia intorno al 400 a.C, inoltre, la trance oracolare era un fatto istituzionale. Tuttavia, non è necessario andare così a ritroso nel tempo per trovare esempi di uditori di voci: l'esperienza religiosa occidentale cristiana è permeata di voci di diversa natura. Sono voci interne o esterne e possono essere premonitrici, fungere da guida, oppure essere demoniache e per questo sofferte, esorcizzate o perseguitate. Le *voci sacre* raramente sono state associate alla follia, quelle cattive sono state ritenute l'effetto, prima del demonio, poi della pazzia (Marius Romme & Escher, 1997). Foucault sostiene che quando un giudizio non è più possibile enunciarlo in termini di bene e di male, lo sarà in termini di normale e patologico.

Nel contesto occidentale dei giorni nostri, il fenomeno delle voci viene sicuramente interpretato all'interno della dimensione psichiatrica. Varie sono le cornici teoriche utilizzate per studiare l'esperienza delle voci, alcune hanno sviluppato anche strategie per affrontarle, sebbene non tutte. Esse non si escludono a vicenda e si può affermare come ciascuna puntualizzi un aspetto diverso di uno stesso corpus teorico. La *psichiatria classica* interpreta le voci come sintomo di malattia e di disfunzione cerebrale, in particolare di schizofrenia. In questo quadro teorico difficilmente viene data attenzione alle voci e i trattamenti consistono nella loro soppressione mediante psicofarmaci. L'*analisi funzionale* sottolinea l'importanza di un dialogo con le voci per comprendere il loro significato in quello che è la storia di chi le sente, con lo scopo di aumentare il controllo del paziente su di esse. Altre interpretazioni considerano le voci come il risultato di un meccanismo psicologico messo in atto per affrontare una minaccia, soprattutto nella prima infanzia. In

questo caso si parla di *dissociazione*. La *psicologia cognitiva* interpreta il fenomeno di udire le voci come un processo di elaborazione dell'informazione, che può essere particolarmente difficile da assimilare.

La numerosità delle interpretazioni elencate (e di certo si potrebbe continuare) suggeriscono come il fenomeno delle voci sia qualcosa di complesso e di difficile inserimento all'interno di una spiegazione univoca. Dalla letteratura sull'udire le voci, tuttavia, emerge il conflitto fra due punti di vista in particolare, che trovano la loro espressione in due modi diversi di parlare del fenomeno. Lo si può fare riferendosi alle voci con il nome di *allucinazioni verbali uditive*, intendendo con ciò perlopiù il sintomo di una malattia. Oppure si può parlare delle voci restando ancorati all'esperienza di chi le sente. Il tentativo perseguito per la stesura di questo elaborato è stato quello di concentrarsi su quest'ultimo modo di intendere le voci. Dopo un'iniziale illustrazione del processo di medicalizzazione delle voci, si cercherà di analizzare i punti che permettono di restituire una soggettività agli uditori di voci e di rivalorizzare le loro biografie, svalutate dall'enfasi sul fondamento biologico del male mentale.

Capitolo 1

La medicalizzazione della salute mentale e delle voci

Il processo di medicalizzazione attraversa svariati territori, decisamente eterogenei e spesso, almeno in origine, difficilmente inscrivibili nell'ambito clinico della salute e della malattia. Tuttavia, esso ha spesso tracciato una linea tra quello che il sapere clinico e un insieme di pratiche sociali definiscono come normale, atteso, appropriato e quello che invece viene ritenuto patologico. È proprio nel tentativo di definire e di categorizzare che subentra il rischio di costringere nel quadro di una patologia una semplice differenza, quale che sia la sua natura.

La tendenza alla medicalizzazione della differenza si può cogliere ampiamente nel contesto della salute mentale. Qui questa propensione si esprime essenzialmente nella trasformazione di alcuni modi di essere nel mondo e di prevedibili reazioni a eventi di vita in patologie, che richiedono una specifica attenzione terapeutica e un opportuno sostegno farmacologico (Cardano & Lepori, 2012). Questo processo è legato a una vera e propria trasformazione del sapere psichiatrico che vede nel DSM, il Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, uno dei suoi più importanti prodotti.

1.1 Il modello diagnostico di psichiatria

La costruzione di questo nuovo sapere psichiatrico, di cui si è parlato nell'introduzione al capitolo, risale alla seconda metà del Novecento. Tuttavia, la cornice all'interno della quale si sviluppò ha radici più lontane, corrispondenti ai primi sforzi classificatori nel XIX secolo.

Durante tutto l'Ottocento, le varie autorità mediche cercarono di elaborare un sistema classificatorio per le varie forme di male mentale. Verso la fine del secolo Emil Kraepelin, professore di psichiatria di Heidelberg e Monaco, propose un'utile distinzione la quale suddivideva i disturbi psichici in psicosi affettive (che comprendevano la depressione unipolare e bipolare) e la *dementia praecox*, che poco più tardi venne chiamata da Bleuler con il termine *schizofrenia*. La classificazione di Kraepelin si caratterizzava dal ricorso a distinzioni nette fra il normale e il patologico e per l'attribuzione dello statuto di malattia ai disturbi severi, riscontrabili solo nei pazienti presenti nelle istituzioni manicomiali.

Lo scenario mutò all'inizio del XX secolo con l'affermazione della psichiatria dinamica. Con Freud la classificazione dei disturbi mentali si fece più complessa, così, mentre rimaneva netta la distinzione fra psicosi più severe e le altre forme di sofferenza, quella tra normale e patologico si fece più sfocata. Inoltre, all'interno della chiave interpretativa dei dinamici i sintomi acquistarono un significato diventando indizi, in un registro simbolico, di conflitti interiori e venendo, così, legati alla biografia del sofferente. Nel secondo dopoguerra la psichiatria dinamica venne, tuttavia, aggredita nelle proprie fondamenta metodologiche ed epistemologiche per una serie di ragioni. Infatti, venne ritenuta incapace di offrire un modo per "misurare" gli stati patologici, utilizzava lo studio sul caso singolo e non studi statistici su popolazioni estese e infine, non era capace di soddisfare il requisito popperiano della falsificabilità. L'attacco alla psichiatria dinamica era legata a quel processo di trasformazione della professione psichiatrica occupata ad allinearsi a quella medica, in cui era necessario che le malattie dovessero avere cause organiche. Horwitz a tal proposito affermò: «Se gli psichiatri dovevano essere considerati dei "veri" medici, allora ad essi occorreva occuparsi di "vere" malattie» (Cardano & Lepori, 2012).

Come già affermato, a partire dagli anni Cinquanta si assistette allo sviluppo di un nuovo modello di psichiatria, che trovò la sua espressione nel DSM. I tratti salienti della psichiatria diagnostica¹, per gli scopi di questo elaborato, possono essere ridotti a tre. In primis, come si osservò nella suddivisione di Kraepelin, anche la classificazione nosografica presente nel DSM identifica le *patologie come entità naturali e discrete*, ovvero distinte nettamente le une dalle altre, in base a determinati sintomi osservabili e rilevabili intersoggettivamente. Il focus sui sintomi osservabili permette di massimizzare l'attendibilità, ovvero la riproducibilità dell'attribuzione dell'etichetta diagnostica. Il secondo tratto attiene all'*indifferenza*

¹Il termine *diagnostico* gli è stato attribuito da Horwitz.

nei confronti del contesto all'interno del quale emergono i sintomi. Con ciò ci si riferisce alla biografia del paziente e al contesto culturale di cui fa parte. Infatti, nella maggioranza dei casi, con qualche eccezione (come il lutto per la depressione maggiore), gli eventi antecedenti all'emergere dei sintomi non contribuiscono alla formulazione della diagnosi o alla loro interpretazione.

La combinazione di questi due tratti ha portato all'attribuzione dello status di patologia a condizioni di malessere fisiologiche, date dalle naturali risposte a eventi di vita stressanti. La patologizzazione di reazioni — per così dire — appropriate fisiologicamente ha portato a un aumento costante, dalla prima edizione del DSM all'ultima, delle persone cui è stato diagnosticato un disturbo mentale. È diventato, quindi, importante chiedersi se il maggior numero di casi osservati dipenda effettivamente da una maggior incidenza del disturbo o dall'allargamento dei criteri diagnostici, nei quali si raggruppa un numero sempre maggiore di soggetti.

Il primo dei tratti salienti elencati, ovvero la principale attenzione per i sintomi osservabili, è fortemente rafforzato dal terzo e ultimo tratto, il quale consiste nell'adozione di un marcato *riduzionismo biologico*. Questo approccio, caratterizzato dall'attribuzione della malattia mentale a cause di tipo organico, ha trovato nel periodo dopo la fine della Seconda Guerra Mondiale un terreno fertile in cui fondare le proprie radici. Furono, infatti, anni fondamentali per la comprensione dei fenomeni elettrochimici alla base del funzionamento cerebrale. Contemporaneamente a ciò, avvenne la nascita della psicofarmacologia, la quale cambiò radicalmente l'aspetto dei manicomi e della psichiatria, la cui azione, fino a quel momento, era rimasta priva di una comprensione valida dei meccanismi alla base della malattia mentale e dei farmaci utili al trattamento (Giraldi, 2016).

Risulta evidente come dal terzo tratto del modello diagnostico, ovvero l'individuazione di uno squilibrio neurochimico come causa dei sintomi di una patologia, derivi un determinato orientamento terapeutico. L'accentuazione sul fondamento biologico del disturbo mentale conduce a focalizzare l'attenzione e gli sforzi sulla sola terapia farmacologica, portando a una conseguente svalutazione dell'interiorità del paziente, del suo vissuto e anche del senso racchiuso nelle specifiche manifestazioni sintomatologiche.

1.2 Le voci nel quadro della psichiatria diagnostica

Come già affermato nella parte introduttiva di questo elaborato, le spiegazioni psichiatriche date all'udire voci sono solo una piccola parte del considerevole lavoro teorico riferito a tale fenomeno.

Le voci nell'ambito della psichiatria vengono chiamate *Allucinazioni uditive* e rientrano nelle manifestazioni di uno stato psicotico. La psicosi viene definita come uno stato di profonda disconnessione dalla realtà e può costituire il sintomo di diverse malattie mentali e di alcune condizioni mediche (come nel caso di stati febbrili o come effetto di alcune droghe psicotrope). Il disturbo mentale che viene maggiormente associato alla psicosi è la schizofrenia (Hansell & Damour, 2007). Per completezza, la diagnosi di schizofrenia necessita la rilevazione di altri sintomi. I criteri del DSM-5 richiedono la presenza di almeno due sintomi (per almeno un mese) tra i seguenti: deliri, allucinazioni, linguaggio disorganico, comportamento catatonico o grossolanamente disorganizzato, sintomi negativi. Tuttavia, nel momento in cui una persona lamenta il sentire le voci, c'è la forte tendenza, sia comunemente parlando che nel contesto psichiatrico, a definirla come schizofrenica.

Guardare le voci Da una ricerca condotta da Romme e colleghi, emerge che per il 77 per cento delle persone diagnosticate come affette da schizofrenia, il sentire le voci sia correlato a un'esperienza traumatica che ha dato via alla manifestazione di sintomi primari, ovvero a una serie di reazioni al trauma che conducono a una vulnerabilità psicologica. Tale vulnerabilità include una seria difficoltà di gestione delle emozioni. I sintomi secondari emergono dall'inabilità di controllo delle reazioni provocate dal trauma. Le voci quindi risultano essere un modo per gestire questa vulnerabilità. Tuttavia, la psichiatria tradizionale² tende a non considerare i sintomi primari, i traumi che una persona ha vissuto durante la sua vita. Secondo Romme, i metodi della psichiatria trascurano le emozioni dei pazienti, non insegnano loro a gestirle e, costringendoli a rimanere tali nel tempo, rendono cronica la loro condizione. Inoltre, la lettura biologica dell'esperienza delle voci fa in modo che il significato che l'uditore attribuisce alla propria esperienza diventi un sintomo supplementare che contribuisce ad aumentare la fondatezza dell'etichetta diagnostica. Accade così, per esempio, che il paziente che individua la causa delle proprie voci nelle persone responsabili del trauma infantile subito, rischia che gli venga aggiunto, all'interno della lista di sintomi che lo portano a essere diagno-

²Così definita da Romme.

sticato come affetto da schizofrenia, anche quello di delirio persecutorio o di una forma di pensiero incongrua (Cardano & Lepori, 2012).

Il termine Alessandro Salvini nell'introduzione al libro *Accettare le voci* analizza alcune problematiche legate all'etichetta *Allucinazione*. In primis, sottolinea come possa causare confusione, in quanto categoria descrittiva troppo generica. Le voci, infatti, si possono manifestare in modi molto diversi da persona a persona. In secondo luogo, questa terminologia, secondo Salvini, rischia di rendere l'argomento delle voci un problema esclusivamente di diagnosi differenziale, focalizzandosi più sull'esigenza normativa e nosografica che su quella conoscitiva. Inoltre, cercando il significato del termine *Allucinazione* nel dizionario online Treccani si trova la seguente definizione: «Fenomeno psichico, provocato da cause diverse, per cui un individuo percepisce come reale ciò che è solo immaginario». Il riferimento a qualcosa di immaginario porta con sé l'idea che le voci non siano reali, ma frutto della fantasia e prive di senso. Il termine *Allucinazione*, utilizzato per riferirsi a una condizione di disagio psichico, sembra dunque avere un'accezione svalutante intrinseca nel termine.

Il trattamento Ritenuta un disturbo dello sviluppo neurologico, associato a significative anomalie delle strutture e delle funzioni cerebrali, la schizofrenia viene trattata mediante l'utilizzo di neurolettici. Le voci vengono, quindi, soppresse tramite i farmaci e destituite di ogni possibile senso, separandole dalla biografia di chi le ode. Con questo di certo non si vuole affermare l'inefficacia, se non addirittura la nocività, degli psicofarmaci. Si vuole, tuttavia, sottolineare come la focalizzazione sull'utilizzo di questi ultimi sia frutto di un processo, nel quale la medicalizzazione della differenza ha svolto un ruolo determinante e che ha portato alla svalutazione della soggettività della persona.

Capitolo 2

La restituzione della soggettività all'esperienza della malattia mentale e delle voci

Come si è detto nella 1.2, la psichiatria, in gradi variabili in base alle diverse cornici teoriche che contiene, non ha tenuto conto dell'esperienza soggettiva dei pazienti, né nella ricerca, né nella teoria, né nella pratica. Un esempio significativo di ciò si trova nella ricerca sulla prognosi per la schizofrenia, la quale si è focalizzata quasi esclusivamente sullo studio dei sintomi e delle variabili biologiche. Questi ultimi rappresentano sicuramente fattori importanti da considerare, d'altra parte, però, sono stati ignorati dati altrettanto importanti, vale a dire le esperienze soggettive delle persone affette da schizofrenia (Strauss, 2008).

La riappropriazione della soggettività dei pazienti passa attraverso la riconquista del proprio vissuto. Il processo che fa sì che i pazienti siano innanzitutto visti come persone con una propria storia e una propria vita è cominciata, almeno in Italia, con la legge Basaglia del 1978. Pur essendo criticata e aggredita, tale legge ha messo in luce questioni non considerate fino a quel momento e ha permesso che venissero garantiti diritti civili e sociali agli utenti delle istituzioni psichiatriche. In alcune realtà, come per esempio quella di Trieste, il processo di deistituzionalizzazione ha favorito lo sviluppo di un'idea di emancipazione, che tende a superare l'approccio puramente terapeutico per includere tutto quello che promuove la salute mentale e la qualità della vita (Marin & Bon, 2013).

Il processo di emancipazione, o per meglio dire l'*empowerment*¹, si costruisce

¹Definito da J.Rappaport come «Un processo sociale multidimensionale che permette alle

parallelamente per l'utente, l'operatore e coloro (famigliari, volontari e altri) che entrano in contatto diretto con il servizio. Il rapporto istituzionale, quello tra curante e curato, si è fatto più complesso, in quanto finalizzato a favorire un'alta qualità partecipativa, fornendo a coloro che solitamente rimangono esclusi dal contesto sociale una rete di scambio reciproco e di relazioni personali (Marin & Bon, 2013).

Nel momento in cui si parla di partecipazione si porta in luce un secondo concetto fondamentale: il potere². La partecipazione — e con essa il consenso alle cure, la fiducia e la collaborazione — richiede che venga affidata una certa responsabilità al singolo, sia nei confronti di sé stesso sia nei confronti delle altre persone (come avviene d'altronde nelle interazioni sociali). Il paziente — non più semplice oggetto di trattamento — discute e stabilisce assieme allo psichiatra ciò che favorisce il suo benessere, avendo anche la facoltà di contrattare la dose di farmaco da assumere. L'atteggiamento comunicativo che viene favorito dal servizio nei momenti formali e informali ha creato varie forme di partecipazione, come ad esempio la creazione di momenti di aggregazione e di sostegno spontaneo tra i pazienti (Marin & Bon, 2013).

2.1 Il processo di *recovery*

In tale contesto, appare centrale il concetto di *recovery*, che letteralmente dall'inglese significa *riprendersi*. Con *recovery* si vuole enfatizzare la storia di vita e di crescita personale di ognuno al di là della malattia. È legata alla presa di coscienza di sé, dei propri problemi e dei propri obiettivi di esistenza.

È importante sottolineare come il concetto di *recovery* non significhi necessariamente *guarigione*, che richiama alla mente un risultato finale, determinato da una terapia, ignorando, così, la complessità dei fattori coinvolti, soprattutto di quelli soggettivi (Marin & Bon, 2013). Silva Bon nel libro *Guarire si può* chiarisce come la guarigione non rappresenti una linea ferma, l'*happy end*, definendola piuttosto nel seguente modo:

La guarigione è una linea mobile, che avanza costantemente innanzi a noi, che ci sembra di toccare come un traguardo, e invece, se riusciamo

persone, alle organizzazioni e alle comunità di avere un controllo sulla propria vita» (1987)

²Il concetto di potere, assieme a quello di partecipazione, è fondamentale per il costrutto di *Empowerment*. Il potere, così inteso, non ha la valenza negativa che comunemente gli viene attribuita, ma viene associato a un atteggiamento attivo e di responsabilità.

a oltrepassarlo, ci accorgiamo che c'è dello spazio incognito ancora davanti, ancora oltre... La guarigione, allora, per farsi, non può che diventare un progetto di vita.

In questa ottica, la crisi, il malessere, diventano una risorsa, uno stimolo alla crescita personale. Per concludere con le parole di Silva Bon³, lei stessa uditrice di voci:

In realtà io rivendico la mia esperienza e ne sono orgogliosa perché attraverso la sofferenza e quello che ho passato è stato possibile un cambiamento. [...] Non cancello la mia esperienza, perché è stata il mezzo di un cambiamento, perché oggi mi riconosco più serena rispetto a tanti anni fa, quando attraversavo questi momenti in cui sbattevo la testa contro il muro, non sapendo cosa fare di me e come riuscire a venirne fuori.

2.1.1 Il ruolo della persona nel processo di recovery

L'interazione tra persona e malattia — e con lei i sentimenti e le interpretazioni — influenzano il senso di sé, infatti in base ad essa il paziente si forma un'idea differente della malattia e del suo legame con essa.

Nel processo di recovery, la costruzione di un senso di sé attivo è un passo decisivo da compiere. In una ricerca condotta da L. Davidson e J. Strauss, che ha portato alla stesura dell'articolo intitolato *Sense of Self in Recovery from Severe Mental Illness* (1992) (Marin & Bon, 2013) sono state intervistate sessantasei persone con diagnosi di schizofrenia. Dai dati della ricerca è emerso come fosse di centrale importanza per il processo di recovery da un disturbo mentale severo la ricostruzione del senso di sé. Gli autori hanno individuato attraverso le interviste quattro aspetti del senso di sé nel processo di guarigione, qui di seguito elencate.

La consapevolezza di un senso di sé attivo Un primo aspetto è legato alla crescita di consapevolezza riguardo alla possibilità di avere un senso attivo di sé. Si tratta, in alcuni casi, di una scoperta di parti di sé stessi non coinvolte nel disturbo e di cui ci si può avvalere indipendentemente da esso. La sperimentazione e la ricerca di queste parti diventano fonte di conoscenza di sé e comportano la consapevolezza di essere una persona potenzialmente capace. La percezione di un

³Intervista a Silva Bon, nel suo appartamento a Trieste il 18 Ottobre 2018.

sé attivo comporta un senso di speranza, favorendo la sensazione di poter fare qualcosa per migliorare la propria condizione.

Fare un inventario personale Un altro elemento emerso dalle interviste è la crescita di consapevolezza riguardante quello che sono le proprie forze e le proprie debolezze. Comprendere quello che si riesce e non si riesce a fare — e affrontare — è decisivo per sentirsi più sicuri davanti a una sfida. La costruzione di questo inventario è sicuramente qualcosa di graduale, per cui è fondamentale considerare sempre obiettivi raggiungibili. Questo aspetto della recovery può essere raggiunto, quindi, anche lentamente. La chiave per il passaggio dal sentire il proprio sé come attivo al raggiungimento di uno scopo è il supporto degli altri, poiché la persona necessita ancora di essere compresa e sostenuta, data la sua vulnerabilità in questa fase della recovery.

Mettersi alla prova A questo punto, la persona può cominciare a riscoprire le proprie abilità di azione mettendosi alla prova e riflettendo sui risultati ottenuti. La persona può cominciare a comprendere di essere capace di prendersi cura di sé, ovvero capace di perseguire uno scopo, di agire e di portare responsabilità. Anche questo elemento rappresenta un processo graduale, costituito di piccoli successi, ma che fa sì che la persona guadagni sempre più autonomia.

Contare su di sé Imparare a conoscere e a controllare le proprie risposte emotive, grazie alla propria esperienza, aiuta a percepirsi più solidi. Il senso di stabilità, che deriva da ciò, permette alla persona di aumentare maggiormente il suo ruolo nelle interazioni con gli altri, nello sviluppare strategie per affrontare le problematiche di tutti i giorni, nella gestione dei sintomi. In breve, nel diventare parte attiva nel proprio progetto di vita.

2.1.2 Il ruolo delle relazioni sociali nel processo di recovery

Il contesto in cui la persona si trova — costituito dagli altri e dalle risorse dell'ambiente — risulta essere un altro elemento fondamentale per il processo di recovery. Spesso le persone con disturbi mentali soffrono di una condizione di isolamento, così la ricostruzione di una rete sociale, composta da persone significative, può fornire un importante supporto alla persona. Lo stesso vale anche per le risorse materiali: spesso le persone che vivono un profondo malessere smettono di lavo-

rare, possono perdere la casa, essere discriminati. La riconquista di questi diritti diventa necessaria per riacquistare un senso di appartenenza e speranza per vivere la propria vita al di là della malattia mentale.

La centralità delle relazioni sociali nel processo di recovery è stata analizzata in una ricerca qualitativa, in cui sono stati intervistati 58 partecipanti (Schön, Denhov & Topor, 2009). I ricercatori, proponendosi di indagare quali fossero i fattori indicati dai soggetti come utili alla recovery, hanno posto la seguente domanda: «Cosa ha contribuito alla tua recovery?» Benché i pattern di risposta variassero tra i partecipanti, è stato notato come alcuni fattori facilitanti del processo di recovery erano presenti in un largo numero di interviste. In particolare, è stato osservato come i processi sociali coinvolti nelle relazioni interpersonali giocassero un ruolo decisivo nella recovery da diversi tipi di disturbi mentali, dimostrando come essa, pur essendo un processo individuale e personale, si realizzi in relazione alla società in generale.

Il processo sociale di recovery è stato analizzato, all'interno dello studio, su tre dimensioni differenti: quella del sé relazionale, quella riferita alla relazione con il contesto psichiatrico e quella riferita alla relazione con gli altri.

Il sé relazionale Nel materiale raccolto in questa ricerca è emerso come i partecipanti stessi rappresentassero la vera forza che guidava il processo di recovery. Molto spesso i soggetti realizzavano l'importanza della loro azione nel loro processo di crescita e di ripresa durante l'intervista stessa. Cominciavano identificando persone significative per il loro processo di recovery, per poi comprendere di aver avuto un ruolo decisivo nell'interazione con l'altro loro stessi e di aver così contribuito alla propria ripresa. La recovery richiede l'abbandono di un sé passivo e l'acquisizione di un senso di sé attivo, che agisce in funzione del proprio benessere. A tale scopo, molti partecipanti hanno sviluppato determinate modalità per avere un maggior controllo sui loro problemi. È stato riportato come per molti fosse necessario modificare tali strategie in relazione alla fase di recovery in cui si trovavano. Ciò dimostra come questo processo sia in continua evoluzione e costituito da piccoli, ma frequenti obiettivi, caratterizzati da impegno costante e crescita personale. Un elemento che sembrava giocare un ruolo importante nelle testimonianze raccolte erano le caratteristiche individuali (come il senso di umorismo, la positività, la curiosità) e gli interessi personali. Le differenze interpersonali riguardanti la personalità e gli interessi potrebbero spiegare le disuguaglianze nel processo di recovery.

Il contesto psichiatrico In questa dimensione, si è osservato come giocasse un ruolo decisivo per il processo di recovery la relazione con il personale psichiatrico, sia in positivo che in negativo. Per distinguere tra personale “utile” e personale “dannoso” alla recovery i soggetti si appellavano ai tratti personologici: un operatore veniva considerato “dannoso” quando seguiva in modo ferreo una routine preimpostata, senza essere coinvolto nella storia del paziente come persona; al contrario, rappresentava una figura positiva l’operatore che mostrava interesse per l’individuo al di là della diagnosi e che, quindi, aiutava a dare un senso a ciò che il soggetto riteneva importante. Un altro fattore importante all’interno di questa dimensione è rappresentato dal trattamento farmacologico. L’effetto positivo di quest’ultimo nel processo di recovery era determinato dalla possibilità della persona di contrattare e stabilire insieme allo psichiatra la dose. L’importanza data all’ascolto di quello che il paziente sentiva e dell’effetto che gli provocava il farmaco favoriva l’efficacia del trattamento. Anche l’utilità dei ricoveri e la psicoterapia veniva percepita fortemente legata al tipo di relazione instaurato con il personale. I soggetti non hanno, infatti, indicato nessun tipo di approccio psicoterapeutico in particolare, hanno piuttosto sottolineato la centralità della natura dell’incontro e del rapporto con gli operatori. In ultima analisi, è stato osservato come le attività per i pazienti esterne ai centri psichiatrici favorissero il supporto reciproco tra pazienti e la ricostruzione di una rete sociale.

Le amicizie e la famiglia La maggioranza dei rispondenti hanno descritto il tempo prima e durante il periodo di cura come momento di forte isolamento e di relazioni interpersonali distrutte. Nonostante ciò, i rapporti sociali sono stati di fondamentale importanza nel processo di recovery. In particolare, quasi tutti hanno riportato il caso di un amico come fattore contribuente. Anche la famiglia sembra aver avuto un ruolo importante, in particolare per il supporto pratico fornito, che risponde al senso di insicurezza causato spesso dalla mancanza di un’occupazione, ma esso possiede anche un forte impatto sulla dimensione emotiva. Alcuni soggetti hanno riportato anche casi di relazioni distrutte o dannose all’interno della famiglia. Alcuni di loro identificano nei loro genitori la causa dei loro problemi durante l’infanzia. Altri, pur riconoscendo l’aiuto ricevuto dai propri genitori o dal proprio partner, hanno riferito come il loro atteggiamento non fosse sempre utile alla recovery, dimostrando come sia necessario un processo di ripresa dall’esperienza dell’individuo anche per loro.

Lo studio presentato dimostra come la recovery sia un processo sociale, all’in-

terno del quale i fattori che rappresentano una fonte di aiuto sono fortemente legati alla qualità delle relazioni interpersonali.

2.2 Le strategie di contrasto alla medicalizzazione delle voci

Un contributo significativo nell'impegno a una completa demedicalizzazione delle voci deriva dal *Movimento di Uditori di Voci*, nato a metà degli anni Ottanta in Olanda e ormai diffuso in vari Paesi europei (quale l'Italia) ed extraeuropei. In particolare, il movimento contribuisce alla costituzione di gruppi di auto-mutuo-aiuto volti a sostenere il processo di ridefinizione della propria condizione — dallo stigma al carisma — delle persone che odono le voci. Esso, quindi, è formato in larga misura da uditori di voci, i quali intendono opporsi con forza alla medicalizzazione della propria differenza, alla caratterizzazione delle voci come segno distintivo di una condizione anomala e priva di senso, come il sintomo di un disturbo cerebrale devastante, che può essere affrontato solo sopprimendo le voci. Si può assistere così a un'inversione di direzione della relazione di causa-effetto tra sentire le voci e la malattia: non è più la malattia a causare le voci, ma è l'incapacità di gestire le voci a essere il fattore di rischio per lo sviluppo della malattia. In quel che segue, si andranno ad analizzare le strategie a partire dalle quali gli uditori di voci contrastano la medicalizzazione del loro vissuto e che possono riassumersi nel seguente modo: i) la *focalizzazione* sulle voci; ii) la *restituzione* delle voci ai territori della normalità; iii) *sense-making*, ovvero l'attribuzione di senso alle voci; iv) la loro *valorizzazione*. L'analisi di tali strategie permetterà di approfondire la ricerca sull'esperienza degli uditori.

2.2.1 Focalizzazione

Gli uditori di voci focalizzano la loro attenzione quasi esclusivamente sull'esperienza delle voci, le quali vengono esaminate considerando diversi aspetti: i contenuti, la loro genesi, il loro impatto nella vita quotidiana, la relazione con i farmaci impiegati e così via. D'altra parte, viene prestata poca attenzione alla relazione che le voci intrattengono con altri disturbi. Questa specifica modalità si lega a una strategia di attacco alla struttura concettuale che rinchiude le voci in categorie nosografiche senza preoccuparsi di comprendere il fenomeno.

Diversi studi, adottando questa strategia, hanno utilizzato come punto di partenza le descrizioni sulle voci fornite dagli uditori. La ricerca condotta da Lis-Bodil Karlsson (Karlsson, 2008) ne è un esempio, poiché si propone di fornire una comprensione maggiormente approfondita dell'esperienza soggettiva di udire le voci, analizzando il modo in cui le persone vivono le voci nella quotidianità e quale significato danno loro. In particolare, gli autori, prendendo consapevolezza di come gli uditori di voci corrano il rischio di essere incompresi a causa della mancanza di conoscenza all'interno dei servizi sociali, si pongono come obiettivo quello di contribuire alla costruzione di un sapere riguardante il mondo delle voci. I dati sono stati raccolti attraverso cinque focus groups, in tal modo gli autori volevano creare il contesto giusto per permettere ai soggetti di esprimersi liberamente. Quello che è stato individuato dall'analisi dei dati è come le esperienze risultassero particolarmente variegata.

Descrizione delle voci In primis, i racconti variavano per come venivano descritte le voci. I partecipanti hanno riferito modi diversi di sentire le voci, chi attraverso un solo orecchio, chi attraverso entrambi, chi nella testa e chi invece le sentiva pulsare attraverso la circolazione sanguigna. Inoltre, i soggetti utilizzavano termini differenti per definire le voci che sentivano, come per esempio *sentire voci*, *la mia voce interna* o *percezione delle voci*, ma non è mai stata usata la parola *allucinazione*. Talvolta i partecipanti usavano delle espressioni nuove per riferirsi alle voci coniate da loro, come *pensiero-voci*, *l'orecchio interno* o *la voce vicino all'orecchio*. Anche le spiegazioni date all'udire le voci variavano in modo significativo. In alcuni casi, esse rappresentavano la coscienza del soggetto, in altri una normale reazione a una situazione di stress, alla solitudine, alla tristezza, in altri ancora una crisi di vita, il sintomo di un disturbo mentale. Qualche partecipante identificava nelle voci un fenomeno paranormale o la propria capacità di essere in contatto telepatico con qualcun altro. Spesso i partecipanti riferivano di altri fenomeni straordinari, come esperienze fuori dal corpo, premonizioni o ritorni a vite precedenti.

Origine delle voci Ci si potrebbe chiedere in che modo le voci differiscano dai pensieri della persona che le sentono. I partecipanti su questo punto non mostrano particolari dubbi: le voci e i pensieri sembrano avere origine differente, le prime giungono dall'esterno mentre le seconde nascono dalla persona. Le voci, quindi, sono qualcosa di non integrato nel sé del soggetto. Alcuni partecipan-

ti hanno raccontato come le voci non si palesassero soltanto attraverso l'udito, ma anche tramite altri sensi, differenziandole così tra voci *sentite* e voci *esperite*. Altri partecipanti al focus group narravano come le voci comunicassero con loro attraverso immagini o parti di testo scritto. L'esperienza delle voci può quindi essere distribuita lungo un *continuum* che congiunge il mondo interiore al mondo esteriore (Figura 2.2.4). Nonostante le voci non comunichino sempre attraverso l'udito, vengono comunque intese come tali, in quanto percepite come derivanti dall'esterno del proprio sé. Questo potrebbe essere interpretato come una speciale consapevolezza o sensibilità per le percezioni interne e corporee.

Rapporto con le voci Anche il rapporto con le voci è risultato essere piuttosto diversificato. Alcune voci sono state definite come compagne di vita, altre invece come tormentatrici. Alcune voci sono costruttive, altre distruttive. A volte le voci, in quanto stancati e dolorose, possono provocare un caos interno a causa del quale diventano necessarie le cure psichiatriche. Altre volte i partecipanti trovano conforto nelle voci, le quali alleviano la sofferenza, dicono verità, predicono il futuro o danno consiglio in situazioni di difficoltà.

2.2.2 Restituzione

Il Movimento degli Uditori di voci possiede come secondo intento quello di portare le voci nella dimensione della normalità. Con le parole di Ron Coleman al primo Coordinamento nazionale del movimento, tenutosi a Reggio Emilia il 9 e 10 maggio 2008 (Cardano & Lepori, 2012):

Udire le voci è un'esperienza normale. È una risposta normale a eventi anormali che possono capitare nella vita.

Questo stesso atteggiamento è riscontrabile in tutta la produzione scientifica e divulgativa di Marius Romme e Sandra Escher, di cui è fondamentale ricordare un studio in cui, attraverso una trasmissione televisiva, invitarono gli spettatori che avevano vissuto o che vivevano l'esperienza delle voci a contattarli (MAJ Romme, Honig, Noorthoorn & Escher, 1992). Settecento persone risposero all'appello, di cui 450 sentivano voci. I ricercatori mandarono a queste persone un questionario composto da una serie di domande aperte riguardanti la loro storia con le voci, ma vennero analizzati i dati di soli 186 questionari, di cui 97 appartenevano a persone in cura psichiatrica e 67 a non-pazienti. Le domande poste nel questionario

andavano a indagare la natura delle voci e soprattutto l'abilità di gestione delle voci. Infatti, l'interesse più immediato riguardava le differenze tra coloro che erano riusciti a tener testa alle voci e coloro che non vi erano riusciti. Basandosi su tale differenza, i dati vennero suddivisi in due gruppi, uno costituito da quelli che affermavano di essere in grado di affrontare le voci (*copers*) e un altro da quelli che non si ritenevano capaci (*non copers*). Il 66 per cento rispose negativamente alla domanda sull'abilità di fronteggiamento delle voci. I non-*copers* sentivano anche di avere meno controllo sulle loro voci e riferivano di udire voci più negative rispetto ai *copers*. Inoltre, i risultati mostrano come i rispondenti in cura (pazienti) percepissero in misura minore il supporto di altri rispetto ai non-pazienti e come tacessero maggiormente la loro problematica. I *copers* erano significativamente in grado minore sottoposti a cure psichiatriche (24 per cento) rispetto ai non-*copers* (49 per cento) ($P < 0.001$). Quello che emerge da questi risultati, come da altre ricerche compiute da Romme ed Escher, «l'udire le voci è un'esperienza che provano anche persone che non hanno mai ritenuto di dover cercare un aiuto psichiatrico» (Cardano & Lepori, 2012) e che il problema non sembra stare nelle voci in sé, ma nell'incapacità di affrontarle.

Le strategie utilizzate dai partecipanti di questa ricerca sono le seguenti.

Distrarsi dalle voci Alcuni partecipanti riferirono di affrontare le voci cercando distrazioni che potevano essere rappresentate da attività di tipo concreto (come fare una doccia, fare jogging, guardare un video) oppure da attività più astratte (come yoga o meditazione).

Ignorare le voci Una delle rispondenti raccontò di come parlando al marito delle sue voci, le quali le ordinavano di uccidersi, lui paragonò la voce a un vicino di casa fastidioso. Le chiese, inoltre, se, nel momento in cui un vicino fastidioso le avesse chiesto di suicidarsi, lei lo avrebbe fatto. Da quel momento la donna riferì di avere molto più controllo sulla propria voce, poiché quando essa le comandava di farsi del male, lei semplicemente si limitava a ignorarla.

Ascolto selettivo delle voci La strategia utilizzata da una delle partecipanti alla ricerca era quella di utilizzare una sorta di rituale: ogni qual volta le si presentava una voce negativa lei l'*afferrava* e la *gettava* lontano, cacciandola via. Questo modo di affrontamento risultò efficace e le diede la capacità di separare le voci positive da quelle negative.

Porre limiti alle voci Una rispondente, invece, raccontò di come aveva fatto un patto con le voci. Esse potevano farsi sentire solamente dopo le otto di sera, non prima, ma dalle otto in poi la donna si dedicava completamente alle voci, staccando il telefono e non prendendo appuntamenti con altre persone.

2.2.3 Sense-making

La terza strategia degli uditori di voci si pone in contrapposizione all'interpretazione della psichiatria diagnostica — che vede le voci come sintomo di una disfunzione cerebrale — e consiste nell'affermazione della necessità di dare un senso alle voci.

I significati attribuiti alle voci sono piuttosto eterogenei fra loro, tuttavia partono tutti da una premessa comune: le voci hanno un senso. Secondo gli uditori, perciò, non sono solo una casuale composizione di parole, ma possiedono un significato profondo, che trova le proprie radici nella biografia della persona: esse parlano della vita dell'uditore e del suo modo di essere nel mondo. Le voci non parlano in modo chiaro e immediato, ma sembrano utilizzare un linguaggio metaforico, che richiede un esercizio interpretativo. Il sapere impiegato per dare una forma a una lettura delle voci è normalmente un tipo di sapere cui la psichiatria non riconosce nessuna legittimità. Un esempio di ciò sono le interpretazioni delle voci date nella prima stagione del movimento, le quali attingevano al mondo del paranormale e dell'esoterismo (Cardano & Lepori, 2012).

Mario Cardano in uno dei suoi articoli su questa tematica (Cardano, 2010), percorrendo le biografie di quattro uditori di voci, individua quattro tipi di categorie di spiegazione. La prima, di tipo medico-clinico, interpreta la sofferenza psichica come un'alterazione del cervello. La seconda, di tipo spirituale, come spiegato nell'esempio sopra, intravede nelle voci l'intervento di una sensibilità paranormale. La spiegazione psico-sociale identifica la causa delle voci in condizioni di povertà ed esclusione sociale. La quarta categoria interpreta le voci come effetto della dissociazione provocata da un trauma.

Le persone, le cui narrazioni sono state inserite nell'articolo, hanno identificato la causa delle loro voci in una di queste quattro categorie. Tuttavia, l'autore mette in luce una differenza che contraddistingue una narrazione in particolare dalle altre. Per tutti e quattro l'esperienza delle voci ha portato a una sorta di interruzione della propria biografia, causata dalla frammentazione della propria identità. Le conseguenze di questa sofferenza psichica prendono forma in tutti gli ambiti della propria vita, rendendo necessaria la ricostruzione di una nuova

identità. Questo processo di ricostruzione passa attraverso la fase del donare un senso a quello che è il proprio vissuto ed è proprio all'interno di questa fase che Cardano identifica la differenza principale che contraddistingue l'ultima narrazione dalle altre. Mentre le prime tre persone, durante la narrazione, ricostruivano gli eventi osservandoli attraverso gli occhi di un paziente ancora coinvolto nel racconto, l'ultima intervistata raccontava la sua storia osservandola dall'esterno, parlando della sua vittoria sulle voci. In altre parole, mentre i primi si identificavano nello stigma del paziente, l'ultima narratrice ha trovato il modo di trasformare lo stigma in carisma, in un motivo d'orgoglio, in un'abilità speciale e straordinaria (Cardano, 2010).

Indipendentemente dal senso attribuito alle voci e dell'outcome del processo di ricostruzione della propria identità, per gli uditori diventa di necessaria importanza allontanarsi dallo stigma di paziente e malato mentale per dare un significato al loro vissuto, in modo tale da percepire una continuità tra la loro storia di vita prima e dopo il sorgere delle voci.

2.2.4 Valorizzazione

Il Movimento di Uditori di Voci nacque e prese forma da un vero e proprio processo di valorizzazione della propria condizione, che vede come protagonista Pasty Hage, un'uditrice di voci con una diagnosi di schizofrenia. La signora Hage, nonostante assumesse una massiccia dose di neurolettici, sentiva voci che le provocavano una profonda inquietudine. La lettura della monografia di Julian Jaynes, *Il crollo della mente bicamerale e l'origine della coscienza*, cambiò improvvisamente il modo in cui guardava alle voci da cui era abitata, riconoscendo in loro un modo di essere al mondo che in passato era piuttosto usuale. Julian Jaynes, infatti, nel suo libro sottolinea come sentire le voci fosse un fatto diffuso prima della nascita della psichiatria, citando, per esempio, come le antiche teocrazie mesopotamiche, egiziane ed ebraiche si basassero sull'autorità della voce divina mediata dai sacerdoti. La tesi basilare di Jaynes individua nella coscienza un'invenzione umana abbastanza recente ed esplica come un tempo la natura umana si dividesse in una parte direttiva chiamata dio e una parte soggetta chiamata uomo.

A sostegno della propria tesi l'autore mette in luce una serie di prove storiche, tra cui un'analisi dell'*Iliade*, in cui si propone di individuare il tipo di forma mentale rivelata. Jaynes afferma come non esista la coscienza nell'*Iliade*, non è nemmeno presente una parola che designi il concetto di volontà o quello di libero arbitrio.

Non esistono momenti in cui gli eroi dell'*Iliade* si fermano per riflettere su cosa fare, non sembrano avere una mente cosciente o facoltà di introspezione. Le azioni degli uomini sembrano piuttosto avere inizio dalle azioni e dal parlare degli dei. (Cardano & Lepori, 2012). Le parole nell'*Iliade* che successivamente sono state utilizzate per designare concetti legati alla mente hanno significati più concreti. Il termine *psyche*, per esempio, che in seguito è stata utilizzata per riferirsi all'anima, nell'*Iliade* designa sostanze vitali, come il sangue o il respiro (Jaynes, 2007). Secondo Jaynes, dunque, nell'Antica Grecia al posto della coscienza decidevano gli dei e ciò era dovuto a una modalità di funzionamento della mente che produceva delle vere e proprie voci (Cardano & Lepori, 2012). Pasty Hage, riconobbe, così, nella sua differenza il privilegio degli eroi dell'Antica Grecia, ovvero quello di possedere una mente bicamerale e poter sentire la voce degli dei.

La chiave interpretativa appena descritta si diffuse e venne riproposta in varie riflessioni sull'udire le voci. Il discorso di Delia Francavilla, tenutosi in occasione di un incontro a Reggio Emilia il 5 maggio 2007 (Cardano & Lepori, 2012), ne è un esempio:

Non è mai sufficiente ricordare che nel mondo antico era normale udire le voci. Era anormale non sentirle. Solo nel Milleottocento è stata qualificata la malattia mentale e sono nate le categorie cliniche, forse anche per proteggere i sani — tra virgolette. [...] Siamo qui anche perché la nostra convinzione è che la guarigione è possibile, che guarire si può e che ci porta a considerare la sofferenza condivisa come una risorsa che si estende a tutti i sofferenti psichici e ci rende certi che anche il sentire le voci possa diventare — cambiando il rapporto paziente/voci, paziente/terapeuta — un punto di forza piuttosto che un handicap. È un'esperienza sicuramente molto forte, che può ulteriormente avvicinare la persona alla propria interiorità e alla propria spiritualità, dando l'avvio a un processo di cambiamento che non può che essere positivo rispetto alla gabbia della cronicizzazione.

Le voci prendono la forma di un dono speciale, di un carisma, in tutte quelle interpretazioni che fanno riferimento al mondo della medianità, in cui le voci diventano l'espressione di un'acuta sensibilità.

Nel Movimento di Uditori di Voci, il processo di valorizzazione dell'esperienza delle voci passa anche attraverso l'interpretazione che vede il trauma come causa delle voci, all'interno del quale Cardano identifica due percorsi paralleli (Cardano &

Lepori, 2012). Il primo consiste in un profondo esercizio di riflessività, che permette di guardare alla propria vita e compiarsi del percorso compiuto. Come discusso anche nella 2.1, le voci diventano stimolo e mezzo per la propria crescita personale. Il secondo percorso, invece, porta all'azione e trasforma la propria differenza in un'attività utile e nella quale l'uditore trova gratificazione. Un esempio ne è Silva Bon⁴:

L'approccio basagliano mi ha permesso di essere aiutata nel momento delle difficoltà. Poi siccome ho sempre avuto, almeno fino adesso, dei rapidi ritorni alla normalità, diciamo che sono stata invitata a vari gruppi di lavoro, dove io stessa partecipavo con molto entusiasmo: come un gruppo di donne, sono stata anche presidente dell'associazione *Luna e l'altra*, sono stata la prima presidente della Casa Internazionale delle Donne quando è stata fondata [...] Negli anni ho fatto anche un percorso di crescita culturale, perché ho avuto anche l'opportunità di partecipare a convegni nazionali e internazionali di psichiatria. Hanno avuto molta fiducia in me e ho anche imparato tanto grazie a questi incontri. [...] Ho scritto anche un libro intitolato "Guarire si può" insieme a Izabel Marin, in cui parlo anche della mia esperienza di udire le voci. Tutto ciò perché spero di poter aiutare gli altri, perché quello di cui dobbiamo avere paura nella società è lo stigma della malattia mentale, poi ancora più devastante è l'auto-stigma.

Trasformare la propria condizione personale, indipendentemente dall'esperienza delle voci, in un mezzo di azione e di crescita rappresenta la chiave per il processo di valorizzazione.

⁴Intervista a Silva Bon, nel suo appartamento a Trieste il 18 Ottobre 2018.

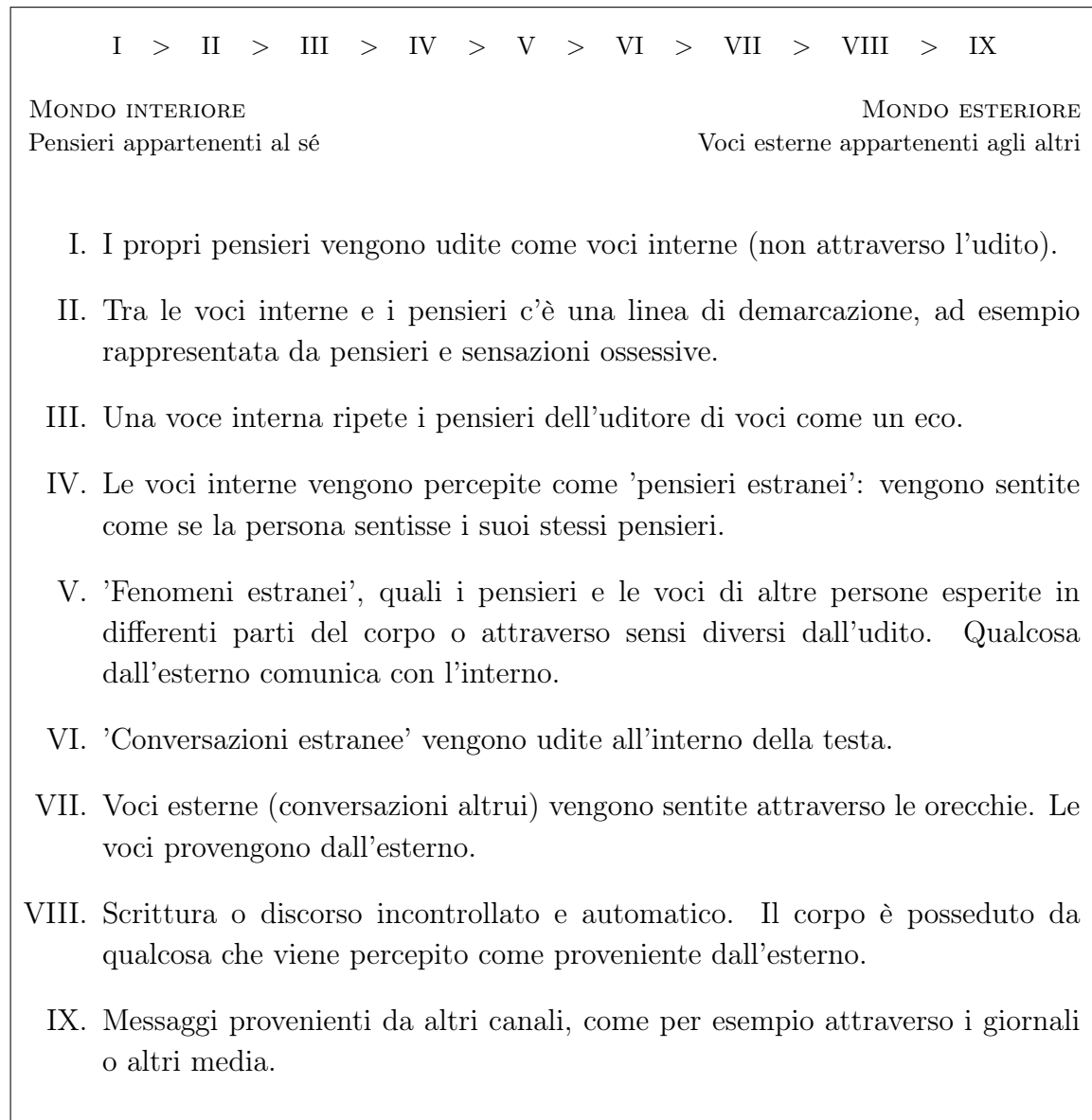


Figura 2.1: Continuum dell'esperienza di udire le voci

Conclusione

Il fenomeno delle voci è sicuramente qualcosa di complesso e di difficile inserimento all'interno di una spiegazione univoca. Le interpretazioni personali date dagli uditori sono varie e variegata, in quanto frutto dell'elaborazione della propria esperienza personale. Come analizzato in 2.2.1, i vissuti degli uditori sono molto diversificati tra loro, nel modo in cui le voci si manifestano, nella causa scatenante e nell'outcome di un processo di elaborazione della propria storia. Le interpretazioni date alle voci risultano essere diverse anche tra gli studiosi, in accordo con la cornice teorica adottata. In ultima analisi, il modo di guardare le voci ha subito una trasformazione nel corso dei secoli: da fenomeno usuale, a conseguenza della possessione demoniaca, fino al sintomo di un disturbo mentale.

La psichiatria, oggi, si appella alle voci definendole *Allucinazioni uditive* e chiudendole all'interno di una categoria nosografica ben precisa: quella della schizofrenia. Tuttavia, si stanno facendo strada — anche all'interno della psichiatria — considerazioni diverse sulla malattia mentale e sulle voci, le quali sembrano impegnate nella riappropriazione da parte dei pazienti di una soggettività e del controllo sulla propria vita, andando oltre l'idea che vede nella soppressione delle voci l'unica modalità di trattamento. L'opinione alla base di questo processo di soggettivazione considera le voci come dotate di senso e identifica la causa del disagio psichico nell'incapacità di affrontare le voci. Alla luce di ciò il trattamento non può limitarsi alla prescrizione di farmaci, ma comprendere, in primis, una serie di provvedimenti che permettono di valorizzare la persona in quanto tale.

Ringraziamenti

Il percorso che mi ha portato alla stesura di questo elaborato non è stato sicuramente sempre in discesa, non sempre le cose filano lisce. Inizialmente, la mia ricerca non era nemmeno orientata nella direzione dell'argomento infine scelto.

Vorrei perciò ringraziare il professore Tiziano Agostini per la fiducia datami, quando, dopo mesi di ricerca sull'argomento del mio tirocinio, gli ho comunicato la mia idea di rivolgermi ad altro. Inoltre, un grazie non meno importante va a tutti i professori cui mi sono rivolta e che nella più completa disponibilità mi hanno aiutata.

Un grazie particolarissimo va alle persone che mi hanno appassionata al lavoro che dovevo svolgere regalandomi parte del loro tempo per cercare di farmi entrare nell'esperienza dell'udire le voci. Grazie quindi a Silva Bon, che mi ha accolto nella sua casa e che con estrema gentilezza mi ha parlato della sua storia. Grazie anche a Davide e all'associazione *Sentire le voci* fondata da Cristina Contini a Reggio Emilia. È stato bello parlare con voi.

Non sarei mai arrivata a vivere questo momento con la serenità che provo se non fosse stato per le persone che ho attorno. In primis, la mia famiglia. Mamma Andrea e papà Cesare per l'appoggio costante e il loro ruolo di "correlatori". Grazie, Cate, per quando mi riporti con i piedi per terra quando le cose non filano lisce.

La mia famiglia si è allargata con il mio trasferimento a Trieste. Grazie a tutti i miei *ottocento* coinquilini, in particolare a Tisovic, compagna di sventure universitarie e carissima amica. Un grazie speciale va anche al mio *alter ego* universitario: grazie Vale, non solo per le giornate di studio insieme, ma perché un mio esame era anche un tuo esame. Infine, grazie Ste per l'immenso lavoro dietro le quinte.

Grazie anche a tutti gli altri parenti e amici, che semplicemente attraverso la loro presenza e il loro interesse nei miei confronti, mi hanno sostenuta e fornito un costante confronto.

Bibliografia

- Cardano, M. (2010). Mental distress: Strategies of sense-making. *Health: 14*(3), 253–271.
- Cardano, M. & Lepori, G. (2012). *Udire la voce degli dei: L'esperienza del Gruppo Voci*. Milano: Franco Angeli.
- Giraldi, T. (2016). *Farmaci e psicoterapia: Infelici, tristi o depressi*. Bologna: il Mulino.
- Hansell, J. & Damour, L. (2007). *Psicologia clinica*. Bologna: Zanichelli.
- Jaynes, J. (2007). *Il crollo della mente bicamerale e l'origine della coscienza* (L. Sosio, Trad.). Milano: Adelphi Edizioni.
- Karlsson, L.-B. (2008). 'More real than reality': a study of voice hearing. *International Journal of Social Welfare, 17*(4), 365–373.
- Marin, I. & Bon, S. (2013). *Guarire si può: Persone e disturbo mentale*. Merano: Edizioni alpha beta Verlag.
- Rappaport, J. (1987). Terms of empowerment/exemplars of prevention: Toward a theory for community psychology. *American journal of community psychology, 15*(2), 121–148.
- Romme, M. [MAJ], Honig, A., Noorthoorn, E. & Escher, A. (1992). Coping with hearing voices: An emancipatory approach. *The British Journal of Psychiatry, 161*(1), 99–103.
- Romme, M. [Marius] & Escher, S. (1997). *Accettare le voci: Le allucinazioni visive: capirle e conviverci* (R. Romiti, Trad.). Milano: Giuffrè Editore.
- Schön, U.-K., Denhov, A. & Topor, A. (2009). Social relationships as a decisive factor in recovering from severe mental illness. *International Journal of Social Psychiatry, 55*(4), 336–347.
- Strauss, J. S. (2008). Prognosis in Schizophrenia and the Role of Subjectivity. *Schizophrenia Bulletin, 34*(2), 201–203.